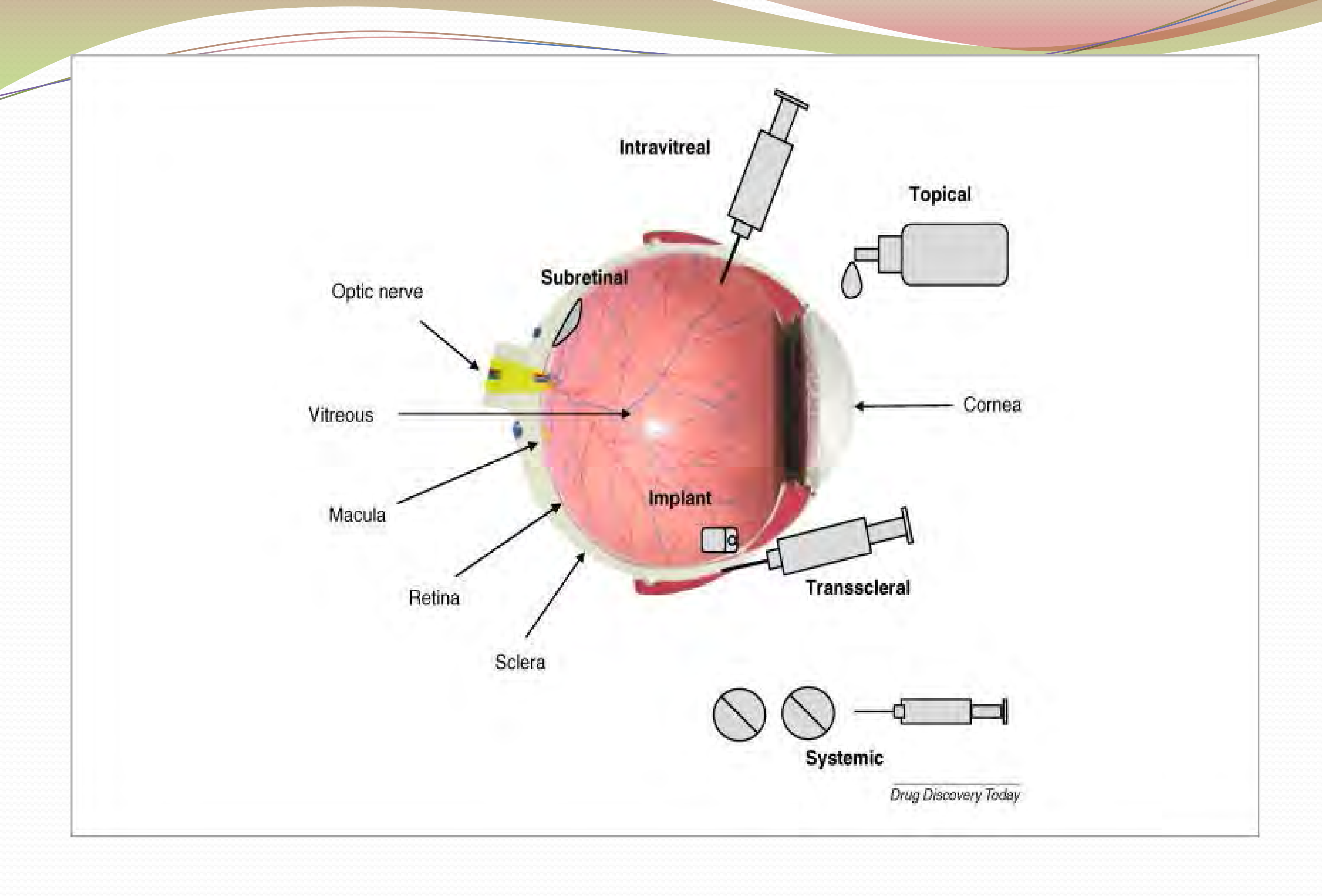
THÉRAPEUTIQUES OPHTALMOLOGIQUES

- **I - COLLYRES**
- **II - POMMADES**
- **III – MÉDICAMENTS ORAUX OU INTRA-VEINEUX**
- **VI - VOIES SPÉCIALES OPHTALMO**


Intravitreal
Topical
Subretinal
Optic nerve
Vitreous
Cornea
Macula
Implant
Retina
Transscleral
Sclera
Systemic
Drug Discovery Today

I - COLLYRES

Durée péremption de **15 jours**, parfois de 1 mois ((plus si conservés au réfrigérateur, si manipulés proprement sans entrer en contact avec l'œil (mettre la tête en arrière et se tirer sur la paupière inférieure) et conservés à l'abri de la lumière)).

Désormais **certains collyres** (anesthésiques, dilatateurs…) existent en **mono-dose** ce qui permet d'avoir à chaque utilisation un flacon propre et faire des économies quand on les utilise rarement (ex : trousse du médecin généraliste).

I -COLLYRES

1- Antiseptiquesex : VITABACT® …

Attention, peut colorer les lentilles souples hydrophiles

2- Antibiotiquesex : NEOMYCINE® (aminoside), CHIBROXINE® (quinolone),

Les quinolones collyres pénètrent bien dans l'oeil.

3- Antiviraux ex : ZOVIRAX® pommade.

Pour le traitement de **l'herpès cornéen.**

4-**corticoides**

I -COLLYRES

ex : CHIBROCADRON®, MAXIDROL®.

Remarques : ne doit jamais (ou presque) être prescrit par un généraliste d'autant qu'il existe désormais un arsenal de collyres AINS sans risques iatrogènes.

Retenir : jamais de corticoïdes sans diagnostic précis.

Retenir : jamais de corticoïdes dans un OEIL ROUGE sans diagnostic précis (il peut s'agir d'une(kératite herpétique).

Effets secondaires des corticoïdes à connaître

- peut aggraver une **perte de substance cornéenne** due à un traumatisme ou une infection, surtout si herpès ou zona.
- risque à moyen terme (plusieurs mois) de **cataracte secondaire**.
- risque à moyen terme (plusieurs mois) de **glaucome secondaire** (comme un GCAO).

5- Anesthésiques

ex : Novésine®

Mnémotechnique : avec bouchon jaune !

Existent en monodose. En avoir dans sa trousse.

Retenir : ne jamais donner ni prescrire aux malades car masquent la douleur sans en soigner la cause

Effets secondaires :

- retarde la cicatrisation cornéenne.
- absence de traitement donc masque la symptomatologie.
- aggravation lésion par effet toxique à moyen terme.

I collyres

6- Mydriatiques

Mnémotechnique : avec bouchon rouge ! Existent en monodose.

Ont deux actions :

dilatent et paralysent l'accommodation (muscle ciliaire, d'où un certain effet antalgique).

parasympathicolytiques (inhibent sphincter de la pupille) comme ATROPINE® 0,5 à 1 % (action longue sur 1 à 3 jours) ou son dérivé rapide le MYDRIATICUM® (action rapide en 15 minutes et brève de 3 heures) et

sympathicomimétiques (stimulent le dilatateur) comme la NEOSYNEPHRINE® à 5 ou 10 % (action rapide en 15 minutes et brève de 3 heures.

Quelle utilisation en pratique ?

soit à but diagnostic (faire un FO pupilles dilatées) : intervention rapide (15 min) et brève (3 heures) : on utilise l'association MYDRICATICUM® + NEOSINEPHRINE® qui est synergique (mydriase plus grande si les 2 associer).

- soit à but thérapeutique : dilater en permanence pour éviter les synéchies irido-cristalliniennes (traitement des **uvéites antérieures aigues** en association avec la cortisone collyre), soit pour mettre au repos dans un but antalgique le muscle ciliaire en cas d'uvéite aussi ou de kératite sévère très douloureuse.

Contre-indications à connaître .

- GAAF+++ En pratique, si un patient dit « j'ai du glaucome", souvent il s'agit d'un GCAO donc pas de contre-indication à la dilatation… mais dans le doute s'abstenir et montrer à l'ophtalmologiste !).
- pas de contre-indication si l'iridectomie préventive est déjà réalisée.

-Effet indésirable à connaître aussi

- Photophobie : le sujet sera ébloui par lumière durant 3 heures.
- Paralysie de l'**accommodation**

: il sera gêné pour la lecture durant 3 heures (comme un presbyte expérimental). Truc : lui dire d'emprunter les lunettes de presbyte de son père… ou s'il est myope d'ôter

I -COLLYRES

7 - Antiglaucomateux chroniques

L'instillation doit se faire tous les jours, toute la vie et dans les 2 yeux. Il existe désormais des formes à libération prolongée (formes dites LP comme libération prolongée) à mettre 1 seule fois par jour et qui améliorent ainsi l'observance du traitement de cette maladie indolore… mais cécitante.

- Avant tout les collyres bêtabloquants : TIMOPTOL®.

Contre-indication à connaître : troubles de conduction cardiaque (prendre le pouls, si lent alors CI), insuffisance cardiaque, BPCO sévère ou asthme sévère.

- Il en existe d'autres familles…

8 - Cicatrisants

ex : KERATYL®

Pas une efficacité absolue… la nature, aidée par le traitement de la cause de l'**ulcération** (anti-infectieux, lavage…) permet souvent la guérison sans « cicatrisant »…

I -COLLYRES

10 - Larmes artificielles

ex : LARMES ARTIFICIELLES®, .

Existe en monodose.

Pour les **syndromes secs**. Instiller à la demande (6, 10, voire 15 fois par jour).

Des produits plus visqueux permettent de réduire la fréquence des instillations mais attention vision floue pendant 5 minutes (ne pas instiller en conduisant !). Idéal pour l'instillation du soir au coucher.

II - POMMADES

- Ex : STER-DEX pommade® …pour le traitement du **chalazion** ou de l'**orgelet** (association cortisone + antibiotique)
- Elles agissent plus longtemps que les collyres.
- Un effet secondaire : trouble la vue (30 minutes) donc éviter le matin si doit conduire.
- **Une contre-indication absolue : la plaie du globe**

III – MÉDICAMENTS ORAUX OU INTRA-VEINEUX

1- DIAMOX®

Inhibiteur de l'anhydrase carbonique (acétazolamide) utilisé en comprimés ou en IV dans le traitement curatif de la **crise de GAAF.**

En avoir un comprimé (ou une ampoule pour faire IV si vomisseur) dans sa trousse… pour donner au patient dont on suspecte une crise de GAAF avant de l'envoyer d'urgence en ophtalmologie.

Il n'est en général pas utilisé longtemps mais se méfier en cas de diabète sucré sévère ou d'antécédent de colique néphrétique.

- Eviter le traitement au long cours car risque d'hypokaliémie (à prévenir par supplémentation potassium et vérification du ionogramme

III – MÉDICAMENTS ORAUX OU INTRA-VEINEUX

2- MANNITOL

Indication : **crises de GAAF,** en association avec le DIAMOX® et les collyres myotiques (bilatéraux !).

En OPHTALMO, on l'utilise à 20 % le plus souvent, il crée une diurèse osmotique à condition de l'administer en perfusion rapide (dite flash) sur 10 minutes. La posologie est de l'ordre de 100 cc 1 à 3 fois/jour selon l'âge, le poids, la fonction rénale.

Un risque : déshydratation surtout chez le sujet âgé (peser, apprécier cliniquement l'état hydrique, faire iono qui ne retardera pas la mise enroute…).

III – MÉDICAMENTS ORAUX OU INTRA-VEINEUX

4- ANTIBIOTIQUES

En IV, surtout pour les **plaies perforantes** du globe oculaire, parfois en péri-opératoire de chirurgies de cataracte à risque (**cataracte diabétique** par exemple).

Si on ne devait en retenir qu'une classe : les QUINOLONES, véritable révolution depuis 15 ans en ophtalmologie car pénètrent bien dans l'oeil.

VI - VOIES SPÉCIALES OPHTALMO

1- Voie sous-conjonctivale

Injection fait par l'Ophtalmologiste avec une fine aiguille, après instillation d'un collyre anesthésique (quasi indolore…).

Voie réservé au traitement de maladies oculaires graves (infection de cornée sévère, endophtalmie, uvéites sévères…). Injection d'antibiotiques surtout, parfois de corticoïdes ou d'atropine.

2- Voie rétrobulbaire ou surtout péribulbaire

Injection grâce à de longues aiguilles derrière ou sur le côté du globe oculaire. C'est la voie des **anesthésies locales** (voir diaporama **l'anesthésie en ophtalmologie**) pour la **chirurgie de la cataracte.**

3- Voie intra-vitréenne

Très rarement utilisée, essentiellement pour le traitement d'infections gravissimes post-chirurgie de la cataracte ou post-traumatiques (endophtalmies). Injection d'antibiotiques, antifongiques, parfois de corticoïdes faite par l'ophtalmolgiste sous microscope opératoire.

